

## IDŐSEK OTTHONA HAJDÚBAGOS

4273 Hajdúbagos, Óvodaköz u. 1.

Tel: (52) 374-167

Ágazati azonosító: S0059067

email: otthon.hajdubagos@gmail.com

### Kérelem

#### az idősök otthona, mint a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

#### I. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: ..... Születési név: .....

Anyja neve: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ): .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Értesítési cím, és telefonszám: .....

Állampolgárság: .....

Magyarországon tartózkodás jogcíme

Bevándorolt: ..... Letelepedett: .....

Uniós állampolgár: ..... Menekült: .....

Hontalan: .....

A szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat: .....

Cselekvőképesség mértéke: .....

Közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezik-e?: .....

Ha igen, annak jellege: lejáratiig, visszavonásig, végleges (a megfelelő aláhúzendő)

Közgyógyellátási igazolvány érvényességi ideje: .....

#### Törvényes képviselő

1. neve: ..... születési neve .....

2. Állandó lakhelye: .....

3. Tartózkodási helye: .....

4. Értesítési címe: .....

5. telefonszáma: .....

**Nagykorú gyermeke(i)**

1. neve: ..... születési neve .....
2. Állandó lakhelye:.....
3. Tartózkodási helye: .....
4. Értesítési címe: .....
5. telefonszáma:.....

**Tartásra köteles személy:**

- a) Neve: .....
- b) Lakhelye: .....
- c) Telefonszáma: .....

**II. Gondnokság alatt áll-e? .....**

Ha igen, a gondnokság foka (jellege): kizáró (KI), korlátozó (KO) (a megfelelő aláhúzendó)

Gondnokság időtartama: eseti(ES), ideiglenes (ID), végleges(VE) (a megfelelő aláhúzendó)

Bírósági végzés száma: ..... kelte: .....

Gondnok kirendelő határozat száma: ..... kelte: .....

Gondnokság megszűnésével kapcsolatos határozat száma: .....

A megszűnés oka: szakorvosi javaslatra (SJ), egyéb okból (EG) (a megfelelő aláhúzendó)

A gondnokság megszűnésének dátuma:.....

**III. Megnevezett hozzátartozó:**

- a) Neve: ..... Születési neve.....
- b) Anyja neve: : .....
- c) Állandó lakhelye: .....
- d) Tartózkodási helye:.....
- e) Értesítési címe: .....
- f) Telefonszáma:.....
- g) E-mail címe: .....

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:..... fő.

## A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok

### 1. Igényelt szolgáltatás: **Idősek ápoló-gondozó otthona**

Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:

- határozatlan
- határozott

ha határozott, annak ideje: .....

### 2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:

1 ágyas férfi      1 ágyas nő

2 ágyas férfi      2 ágyas nő

3 ágyas férfi      3 ágyas nő

Demens részlegen elhelyezés férfi

Demens részlegen elhelyezés nő

Házaspári elhelyezés

(a megfelelő aláhúzendő)

### 3. Soron kívüli elhelyezést kér –e:

Igen

Nem

Ha igen, annak oka: .....

.....

### **Kérelemhez adatvédelmi klauzula**

Az ellátást kérelmező és/vagy törvényes képviselője tudomásul veszi, hogy jelen kérelemben, valamint a kérelem benyújtásával egyidejűleg megadott személyes adatait, továbbá megnevezett hozzátartozója, nagykorú gyermeke személyes adatait az intézmény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv. 20.§-ában részletezett, jogszabályi kötelezettségek teljesítése céljából és jogalapjával kezeli, tartja nyilván és teljesíti a jogszabály által előírt terjedelmű adatszolgáltatást.

Nevezettek tudomásul veszik, hogy a fenti adatok megadása kötelező, az ellátás igénybe vétele ezen adatok hiányában vagy kérelemre történő törlése esetén nem kezdeményezhető.

A megadott személyes adatok törlésre kerülnek, ha az ellátásra vonatkozó igény a teljesítését megelőzően megszűnik, vagy a fenti tájékoztatás ellenére a megadott adataik törlését kérik.

Dátum: .....

.....

Az ellátást igénybe vevő  
(törvényes képviselője) aláírása